

Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза, Р. И. Палаева, А. И. Ерзин, В. Ф. Друзь, Е. Б. Чалая

ДИСТИМИЯ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ И ПРОТЕКТИВНЫХ СТРУКТУР И ИХ ДИНАМИКА В ТЕРАПИИ*

Оренбургский государственный медицинский университет,
Российская Федерация, 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6

В статье излагаются основные результаты собственного исследования протективных психологических механизмов (копинг-стратегий, механизмов психологической защиты у больных дистимией), а также их динамики в процессе терапии. В результате терапии у лиц с дистимией по опроснику SCL-90-R достоверно снижаются показатели соматизации, межличностной сензитивности, депрессии, что свидетельствует о снижении дистресса, возникающего от осознания нарушений функций тела, минимизации ощущения личной неадекватности и неполноценности, а также признаков угасания интереса к деятельности. В результате групповой когнитивно-поведенческой психотерапии установлено достоверное снижение использования неадаптивных копингов в поведенческой сфере и укрепление адаптивных вариантов поведения. Кроме того, у больных дистимией стали более зрелыми механизмы психологических защит, например в арсенале поведения появилась «интеллектуализация». Библиогр. 19 назв. Табл. 6.

Ключевые слова: дистимия, копинг, механизмы психологической защиты, когнитивно-поведенческая психотерапия.

DYSTHYMIA: FEATURES PSYCHOPATHOLOGY AND PROTECTIVE STRUCTURES AND THEIR DYNAMICS IN THERAPY

E. Yu. Antokhin, V. G. Budza, R. I. Palaeva, A. I. Erzin, V. F. Druz, E. B. Chalaya

Orenburg State Medical University,
6, ul. Sovetskaya, Orenburg, 460000, Russian Federation

The article presents the main results of the study of protective psychological mechanisms, namely, coping strategies, psychological defense mechanisms in patients with dysthymia and their dynamics in the process of therapy. To implement the objectives of the study, the following tools were used: clinical scale self-report to examine the mental state. The comparative analysis of the patients with dysthymia and healthy individuals, as well as of the patients with dysthymia before and after therapy was conducted. As a result of completing the therapy, patients with dysthymia significantly reduced indicators of SCL-90-R "somatization", "interpersonal sensitivity", "depression", which may indicate the reduction of distress arising from awareness of violations of the functions of the body, decreasing the feeling of personal inadequacy and inferiority, as well as signs of fading interest in activities. As a result of group cognitive-behavioural psychotherapy, the significant decline in the use of maladaptive behavioral coping strategies and strengthening of adaptive behaviors was observed. In addition, patients with dysthymia obtained more mature mechanisms of psychological protection, for example, in their arsenal of behavior appeared "intellectualization" that allows one to analyze one's thoughts and actions, to engage in introspection. Refs 19. Tables 6.

Keywords: dysthymia, coping behavior, psychological defense mechanisms, cognitive-behavioral psychotherapy.

Введение

Дистимия, или хроническая невротическая депрессия, является распространенным аффективным расстройством (от 3 до 6 %), встречающимся в рамках клинической картины других психических заболеваний [1–4]. Отмечают большую

* Исследование выполнено при финансовой поддержке Правительства Оренбургской области в форме гранта (Постановление Правительства Оренбургской области от 15 июня 2016 г. № 411-п).

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2017

распространенность дистимии среди взрослого населения широкого возрастного диапазона (от 18 до 45 лет). Вместе с тем, первичная, или «чистая», дистимия, как правило, начинается в относительно раннем возрасте (до 21 года) и не связана с каким бы то ни было предшествующим психическим расстройством. Вторичная дистимия обычно начинается на фоне уже существующего психического или соматического заболевания. К числу «вторичных», формирующихся при воздействии психотравмирующих факторов, принадлежит выделенная Вайтбрехтом [5] эндорективная дистимия, при которой наблюдается витализация картины депрессивной реакции. Выделяют и гендерные особенности: чаще дистимией страдают женщины, у мужчин возникновение дистимии встречается вдвое реже.

Дистимия характеризуется хроническими непсихотическими симптомами депрессии, которые отвечают специфическим диагностическим критериям, но при этом не соответствуют критериям тяжелого депрессивного расстройства.

Согласно диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам DSM-IV, существуют следующие критерии дистимии: подавленное настроение на протяжении большей части суток; симптомы должны быть констатированы, по крайней мере, в течение двух лет (на основании наблюдений окружающих или субъективно). Симптомы дистимии в основном представлены когнитивно-эмоциональными нарушениями, а не двигательными и вегетативными симптомами, которые часто наблюдаются при большой депрессии [6]. Течению дистимии свойствен затяжной тип, без ремиссии, в течение которой психопатологическая симптоматика отсутствует. В большинстве случаев наблюдается резистентность к фармакотерапии, которая действует усугубляющим фактором социальной дезадаптации. В свою очередь, непсихотический уровень симптомов, сохранность критического отношения к собственной личности и к окружающим приводят к хронификации данного расстройства.

Несмотря на хорошо известный факт о неглубоком уровне аффективной патологии, дистимия наряду с другими аффективными расстройствами в значительной степени снижает качество жизни пациентов. По сравнению с большой депрессией дистимия характеризуется более продолжительным курсом лечения, сопровождается плохим физическим самочувствием и выраженными нарушениями социального функционирования [7; 8]. Снижение качества жизни и высокий риск инвалидизации рассматриваются в качестве наиболее неблагоприятных последствий дистимии [5].

Дистимическое расстройство представляет собой хроническое заболевание с затяжным течением и высоким риском рецидива. Было проведено исследование [9] 86 амбулаторных больных с ранним началом дистимического расстройства и 39 амбулаторных больных эндогенной депрессией. Данные группы лиц наблюдали в течение 60 месяцев после лечения, в результате чего обнаружили, что среди дистимических пациентов, демонстрирующих исчезновение психопатологических симптомов, рецидив наблюдался у 45,2%. Помимо этого, пациенты с дистимическим расстройством показали значительно более высокую степень выраженности симптомов нарушений социального функционирования, риска суицидального поведения и госпитализации в отличие от пациентов с большим депрессивным расстройством [9; 10].

Исследования, проведенные по данной проблеме, подтверждают, что лечение дистимии значительно сложнее, чем лечение большой депрессии [11]. Некоторые

авторы сообщали о сочетанном применении психотерапии и фармакотерапии для большей эффективности [12]. Более того, большинство пациентов, которые были успешно вылечены только с помощью лекарственных препаратов, имели остаточные симптомы и нарушенные психические функции, что приводило к различным социальным проблемам [13; 14]. Некоторые симптомы и поведенческие модели, такие как низкая самооценка, плохие навыки общения, чувство безнадежности, негативный стиль мышления, снижение мотивации, могут сохраняться в течение долгого времени после завершения терапии дистимии. Применение психотерапевтических методов лечения дистимического расстройства повышает адаптивность и качество жизни пациентов после выписки из клиники [1; 15].

Существуют различные подходы в психотерапии, помогающие решать психосоциальные проблемы, связанные с хронической депрессией, хотя большинство из этих подходов были изучены главным образом при большом депрессивном эпизоде, а не при дистимии. Когнитивная терапия является наиболее изученным и эффективным видом психотерапии пациентов с хронической депрессией [16]. Исследования в рамках краткосрочной индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии доказывают эффективность этого подхода, демонстрируя снижение депрессивной симптоматики, схожее с тем, что наблюдалось в контролируемых испытаниях антидепрессантов [9; 15; 17]. Дж.Маккалоу [18] считает основной целью психотерапии при дистимии обучение пациентов способности принимать на себя ответственность за их эмоциональные расстройства, достигать и поддерживать контроль настроения путем ежедневного использования адаптивных копинг-стратегий.

Работа с защитными механизмами является основной психотерапевтической процедурой в структуре комплексной терапии. Имеется множество зарубежных и отечественных работ, посвященных проблеме дистимии, однако в меньшей степени изученными остаются протективные (защитные) психологические механизмы, используемые пациентами с дистимией.

Описанные выше проблемы, несомненно, обуславливают значимость изучения психологических механизмов формирования дистимии, а также разработки подходов к ее терапии. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение протективных психологических механизмов (копинг-стратегии, механизмы психологической защиты (МПЗ)) у больных дистимией и их динамики в процессе групповой психотерапии.

Методы

Исследовано 69 человек, больных дистимией, в возрасте от 26 до 54 лет, среди них 10 мужчин и 59 женщин, находящихся на стационарном лечении в Оренбургской областной клинической психоневрологической больнице № 1. Критериями включения в выборку по Международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10 (рубрика F34.1) явились: пониженное настроение, уменьшение активности, выраженная усталость, нарушения сна и аппетита, снижение самооценки и уверенности в себе, мысли о собственной виновности и бесполезности, колебания настроения вне зависимости от обстоятельств, трудности сосредоточения внимания и принятия решений, утрата потребности в общении. Исключались из исследования случаи, при которых в анамнезе имелись указания на манифестные

шизофренические психозы, заболевания ЦНС органической природы в состоянии декомпенсации, признаки зависимости от психоактивных веществ, а также случаи с соматической и неврологической патологией, сопровождающейся выраженным нарушением функции пораженной системы.

Применялись клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Помимо клиничко-психопатологического метода исследования применена клиническая шкала самоотчета (SCL-90-R), разработанная для изучения психического состояния и терапевтической динамики больных как в амбулаторной, так и в стационарной практике [19]. Экспериментально-психологическое исследование включало методику исследования копинг-поведения, предложенную Э. Хеймом (1988), и методику «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (Life style index — LSI)», которая была описана Р. Плутчиком, Х. Келлерманом, Х. Конте (1979). Обе методики адаптированы на российской выборке в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Для статистической обработки полученных данных использовалась компьютерная программа *Statistica 7.0* для *Windows*. Оценка проводилась с помощью параметрического критерия Стьюдента и непараметрических критериев Манна–Уитни и Вилкоксона. Статистически значимыми признавались результаты на уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования

Первый этап исследования включал в себя сравнительный анализ протективных психологических механизмов у больных дистимией (2-я группа) и условно здоровых лиц (1-я группа). Посредством применения опросника SCL-90-R были выявлены достоверные различия по всем шкалам (табл. 1). По шкале «соматизация» выше показатели у больных дистимией (1,32 балла во 2-й группе и 0,44 балла в 1-й группе; $p < 0,05$), что отражает дистресс, возникающий от осознания своей болезни. У пациентов появляются жалобы на сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную и другие системы организма. Симптомами расстройства являются также головные боли, другие алгии, дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности. Высокие показатели по шкале «обсессивность—компульсивность» также преобладают у больных дистимией (1,47 балла; $p < 0,05$) в отличие от условно здоровых лиц (0,75 балла). Установлено, что больным дистимией более свойственны чуждые для личности навязчивые мысли, влечения и действия с осознанием их болезненности и тщетности попыток борьбы с ними, а также повторяемость и нежелательность этих явлений.

Достоверные различия были получены по шкалам «депрессия», «межличностная сензитивность», «тревожность», «враждебность», «паранойальность», «психотизм». Депрессивные проявления в группе условно здоровых лиц ниже (0,62 балла), чем у больных дистимией (1,61 балла; $p < 0,05$), что свидетельствует о том, что больным дистимией свойственны угасание интереса к деятельности, недостаточность мотивации и потеря жизненной энергии, чувство безнадежности и беспомощности. В сфере межличностных отношений больные дистимией больше, чем здоровые лица (1,42 и 0,66 балла соответственно; $p < 0,05$), сконцентрированы на

Таблица 1. Сравнение показателей у больных дистимией и условно здоровых лиц (баллы)

Шкала	Группа 1	<i>p-level</i> группы 1	Группа 2	<i>p-level</i> группы 2
SOM	0,44	0,01	1,32	0,04
O-C	0,75	0,04	1,47	0,001
INT	0,66	0,007	1,42	0,007
DEP	0,62	0,04	1,61	0,04
ANX	0,47	0,03	1,7	0,03
HOS	0,60	0,009	1,12	0,008
PHOB	0,18	0,003	1,21	0,03
PAR	0,54	0,02	0,91	0,04
PSY	0,30	0,03	0,87	0,03
GSI	0,51	0,005	1,29	0,005

Примечание: SOM — соматизация, O-C — обсессивность—компульсивность, INT — межличностная сензитивность, DEP — депрессия, ANX — тревога, HOS — враждебность, PHOB — фобическая тревога, PAR — паранойяльность, PSY — психотизм, GSI — общий индекс выраженности симптоматики.

чувствах личной неадекватности и неполноценности с самоосуждением, чувством неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии. Тревожность у больных группы 2 встречается чаще, чем в группе 1 (1,7 и 0,47 балла соответственно; $p < 0,05$), выражаясь в ощущении гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства, нервозности, нетерпеливости и внутреннего напряжения в сочетании с соматическими, моторными проявлениями и диссоциативными явлениями дереализационного характера. Больные дистимией, вероятно, враждебно (1,12 балла; $p < 0,05$) относятся к своей болезни и лечению, что следует учитывать при назначении лечения, размещении и выборе формы курации пациента. Лица 2-й группы обнаруживают большую склонность к фобической, навязчивой тревожности (1,21 балла; $p < 0,05$), паранойяльности (0,91 балла; $p < 0,05$) с проецирующим мышлением, подозрительностью, идеями отношения, потерей автономии. Лица с дистимией проецируют свои установки на других людей, с недоверием относятся к назначенному лечению. Они часто бывают не уверены в поставленном диагнозе и пытаются убедить в своей точке зрения других.

Из полученных результатов видно, что у больных дистимией по всем шкалам SCL-90-R преобладают высокие показатели. Это касается в первую очередь угасания интереса к деятельности, недостаточности мотивации и потери жизненной энергии, чувств безнадежности и бесполезности, сочетающихся с тревогой, отражающей чувства гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства, нетерпеливости и внутреннего напряжения, а также чувства личной неадекватности и неполноценности, самоосуждения, чувства неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии; склонности к рефлексии и пониженной самооценке с отрицательными ожиданиями. Все перечисленные проявления в значительно меньшей степени наблюдаются (или чаще отсутствуют вовсе) у условно здоровых лиц.

Изучены механизмы совладания (копинг-стратегии) при дистимии с помощью методики Э.Хейма, которая позволяет определить структуру и особенности копинга (поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий преодоления трудностей в разных сферах функционирования при различных стрессовых ситуациях, в качестве которых может выступать и болезнь), направленного на устранение или нейтрализацию ситуации психологической угрозы и ведущего к успешной или неуспешной адаптации. Особенности копинга отражают характерные способы адаптации/псевдоадаптации, которые проявляются в повседневном поведении. Изучение структуры копинг-механизмов необходимо для лучшего понимания генеза дистимических состояний и проведения когнитивно-поведенческой психотерапии, одной из «мишеней» которой является копинг.

В табл. 2 представлены сравнительные данные частоты выбора вариантов копинга в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах больными дистимией и условно здоровыми лицами.

Таблица 2. Сравнение показателей копинга у больных дистимией и условно здоровых лиц (баллы)

Копинг-стратегии		Группа 1	<i>p-level</i> группы 1	Группа 2	<i>p-level</i> группы 2
Поведенческая сфера	A	2,78	0,04	1,89	0,04
	OA	1,48	0,15	1,62	0,15
	HA	1,93	0,001	2,14	0,001
Когнитивная сфера	A	2,13	0,002	1,86	0,002
	OA	1,93	0,03	2,15	0,03
	HA	2,10	0,12	2,17	0,12
Эмоциональная сфера	A	2,16	0,015	1,62	0,013
	OA	1,41	0,14	1,59	0,14
	HA	1,51	0,04	1,96	0,04

Примечание: A — адаптивное поведение, OA — относительно адаптивное поведение, HA — неадаптивное поведение.

Больные дистимией в поведенческой сфере в сравнении с условно здоровыми лицами чаще выбирали неадаптивные стратегии, усугубляющие дезадаптацию (2,14 и 1,93 балла соответственно; $p < 0,05$). Эти стратегии предполагают избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляцию, стремление уйти от активных межличностных контактов, отказ от решения проблемы. Условно здоровые лица, в свою очередь, легче идут на контакт со значимыми людьми, ищут поддержки в социальном окружении или сами предлагают ее близким в преодолении трудностей, стремятся к общению.

В когнитивной сфере больные дистимией достоверно реже использовали конструктивные способы совладания со стрессом (1,86 балла; $p < 0,05$), чем здоровые лица (2,13 балла). В частности, они в меньшей степени в ситуации стресса сохраняли самообладание и прибегали к проблемному анализу ситуации. Патопротекторная роль копинг-механизмов в когнитивной сфере у больных дистимией проявлялась в использовании относительно адаптивных вариантов совладания со стрессом

(2,15 балла; $p < 0,05$), чем у условно здоровых лиц (1,93 балла), что может говорить об ориентации на оценку трудностей в сравнении с другими, придание особого смысла их преодолению, религиозности. Больные дистимией достоверно реже пользовались адаптивным копингом в эмоциональной сфере (1,62 балла; $p < 0,05$), чем условно здоровые люди (2,16 балла), и чаще пользовались неадаптивным копингом (1,96 и 1,51 балла соответственно; $p < 0,05$), что может свидетельствовать о склонности к подавлению эмоционального состояния, состояниях безнадежности и покорности, переживании злости и/или возложении вины на себя и других.

Распределение адаптивных и неадаптивных копингов характеризовалось тенденцией к более адаптивным копингам у условно здоровых лиц и к неадаптивным у больных дистимией, что говорит о достоверных различиях копинг-структуры у больных дистимией и здоровых людей.

Для изучения структуры эго-защиты применялась методика диагностики индекса жизненного стиля (LSI), позволяющая определить 8 основных типов МПЗ (табл. 3).

Таблица 3. Сравнение показателей МПЗ у больных дистимией и условно здоровых лиц (процентили)

МПЗ	Группа 1	<i>p-level</i> группы 1	Группа 2	<i>p-level</i> группы 2
Отрицание	68,70	0,01	82,81	0,01
Подавление	61,10	0,84	64,31	0,85
Регрессия	63,73	0,002	74,69	0,001
Компенсация	68,02	0,46	71,06	0,45
Проекция	62,13	0,49	65,54	0,48
Замещение	59,49	0,02	66,63	0,02
Интеллектуализация	58,11	0,1	60,27	0,01
Реактивные образования	72,69	0,01	83,71	0,01
Степень напряженности защит	41,12	0,49	46,18	0,48

Из табл. 3 следует, что основными видами психологической защиты, проявляющимися у больных дистимией, являются отрицание, регрессия, замещение и реактивное образование.

Показатели по шкале «отрицание» выше у больных дистимией (82,81 процентил; $p < 0,05$), чем у условно здоровых лиц (68,70 процентил), что может свидетельствовать о склонности отрицать свою болезнь. МПЗ «регрессия» достоверно чаще встречается у больных дистимией (74,69 процентил; $p < 0,05$). Личность таких людей, подвергаясь действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях, т.е. больные дистимией занижают значение своей болезни и последствий, которые могут при этом быть. МПЗ «замещение» чаще используется больными дистимией (66,63 процентил; $p < 0,05$), чем условно здоровыми лицами (59,49 процентил). Вероятно, больные дистимией чаще замещают свои эмоции (как правило, враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали

отрицательные эмоции и чувства. В группе условно здоровых лиц достоверно ниже показатель по шкале «реактивное образование» (72,69 процентиля), чем у больных дистимией (83,71 процентиля; $p < 0,05$). Это может говорить о том, что больные дистимией предотвращают выражение неприемлемых для личности чувств, мыслей или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений.

Поскольку защитные механизмы являются одним из основных источников сопротивления (патопротективная роль) в процессе психотерапии, для эффективного проведения последней необходимо учитывать полученные данные о зависимости превалирующих механизмов психологической защиты от структуры личности пациентов и о менее целенаправленной защите у них.

Вторым этапом исследования являлось изучение динамики протективных психологических механизмов (ППМ) у больных дистимией в процессе групповой психотерапии. Для выявления динамики протективных механизмов были проведены групповые занятия в рамках когнитивно-поведенческого тренинга с целью развития паттернов адаптивного поведения в когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферах. В когнитивно-поведенческом тренинге участвовало 24 человека, из них 5 мужчин и 19 женщин. Групповая психотерапия проводилась в течение 10 сессий. Участники групповых занятий были опрошены по клинической шкале самоотчета SCL-90-R, методике ИЖС, методике Хейма. Срезы проводились в начале (1-й срез), в середине, через 5 сессий от начала группы (2-й срез), и в конце терапии (3-й срез). Между первым и вторым срезами не была выявлена динамика ППМ, что отражает, по-видимому, недостаточное количество времени проведения групповых занятий для получения достоверных различий.

Клинические проявления дистимии в подобранной группе имели ряд особенностей. Прежде всего депрессивный аффект отличался, с одной стороны, неглубоким уровнем, с другой — создавал у пациентов постоянное ощущение безрадостности с низкой физической и психологической активностью. В эмоциональном плане отмечена пессимистическая оценка прошлого, настоящего и будущего, причем в жалобах наиболее подчеркивалась несостоятельность во всех сферах жизнедеятельности. Нередкими, особенно в первые дни когнитивно-поведенческого тренинга, были и дисфорические проявления, выражающиеся недовольством процедур исследования (особенно заполнением тестов) и участием в групповых занятиях. Вместе с тем предложение перейти на прием антидепрессанта нового поколения приводило к выраженной тревожности. Тем не менее, обоснование необходимости прохождения групповой психотерапии на первой встрече с пациентом создало предпосылки для формирования комплайенса, что закреплялось на протяжении последующих сессий в структуре групповой психотерапии. Все пациенты получали терапию антидепрессантом венлафаксином в пролонгированной форме (средняя доза).

При исследовании больных дистимией (табл. 4) в процессе групповой психотерапии наибольшее количество достоверных различий обнаружено в МПЗ «отрицание», «регрессия», «интеллектуализация» и «реактивные образования». До прохождения групповой психотерапии МПЗ характеризовались преобладанием наименее зрелых механизмов. В частности, ведущим механизмом являлось «отрицание» (79,56 процентиля — 1-й срез, 61,34 процентиля — 3-й срез; $p < 0,05$). МПЗ «отрицание» приводит к игнорированию реальности. Возможно, его роль и состоит в отрицании депрессивно окрашенных проблем (протективная функция).

Таблица 4. Динамика МПЗ при дистимии в процессе групповой психотерапии (процентили)

МПЗ	1-й срез	3-й срез	<i>p-level</i>
Отрицание	79,56	61,34	0,005
Подавление	78,23	78,02	0,21
Регрессия	77,06	56,47	0,01
Компенсация	78,60	78,43	0,65
Проекция	57,36	57,25	0,48
Замещение	54,35	54,31	0,72
Интеллектуализация	57,89	63,91	0,04
Реактивные образования	78,77	58,89	0,03
Степень напряженности защит	70,23	63,6	0,005

Тем не менее, этот МПЗ способствует неадаптивной ригидности в отношении оценки ситуации, ограничивает возможности улучшения социального функционирования, сопровождаясь недооценкой глубины аффекта и имеющихся трудностей, выражаясь в анозогнозии и усиливая соматизацию — регрессию (патопротективная роль). Кроме «отрицания», в числе ведущих МПЗ до терапии у больных дистимией была «регрессия» (77,06 и 56,47 процентили в 1-м и 3-м срезах соответственно; $p < 0,05$): личность больных, подвергаясь действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях.

Повышаются показатели «интеллектуализации», которая является более зрелым защитным механизмом (57,89 и 63,91 процентили в 1-м и 3-м срезах соответственно; $p < 0,05$). В данном случае можно говорить о том, что больные дистимией чаще стали анализировать свои мысли и поступки, проводить самонаблюдение, стали меньше уходить в интеллектуальный мир с целью избегания беспокоящих эмоций и создания неверных, приемлемых для личности объяснений своего или чужого поведения с использованием вероятных причин для его оправдания. Достоверные различия были выявлены в МПЗ «реактивные образования» (78,77 и 58,89 процентили в 1-м и 3-м срезах соответственно; $p < 0,05$). Это свидетельствует о снижении неприемлемых для личности чувств, мыслей или поступков путем преувеличенного развития противоположных качеств. Также достоверно снижаются показатели «степени напряженности защиты» (70,23 и 63,6 процентили в 1-м и 3-м срезах соответственно; $p < 0,05$).

При целенаправленной работе с МПЗ осуществляется изменение нарушенных отношений личности, осознание и разрешение конфликтов. В ходе психотерапии следует стремиться к устранению примитивных, незрелых защитных механизмов (регрессии) и к замене их на более сознательные механизмы психологической адаптации; к раскрытию и переработке других защитных механизмов (замещение, проекция, реактивные образования, интеллектуализация, сублимация, рационализация) для обучения управления ими и укрепления силы «Я» пациента.

При исследовании больных дистимией симптоматическим опросником SCL-90-R достоверные различия были получены по шкалам «соматизация», «межличностная сензитивность», «депрессия» и «враждебность». Одной из главных осо-

бенностей клинических проявлений дистимии явилась выраженность соматовегетативного симптомокомплекса — показатель «соматизации» (табл. 5), что проявлялось в колебаниях давления, пульса, активных жалобах на головную боль, слабости при ходьбе, головокружениях при перемене положения тела, выраженной потливости. Тупые боли и ощущение тяжести за грудиной, тяжести в затылочной области создавали основу для формирования кардио- и инсультофобий. Явной суточной динамики состояния не отмечалось. Некоторая активность жалоб на бессилие наблюдалась в утренние часы, соматовегетативные и тревожные проявления с несколько большей интенсивностью встречались ближе ко второй половине дня, что создавало трудности отхода ко сну.

Таблица 5. Динамика показателей опросника SCL-90-R у больных дистимией в процессе групповой психотерапии (баллы)

Шкала	1-й срез	3-й срез	<i>p-level</i>
SOM	1,44	0,95	0,001
O-C	1,61	1,53	0,97
INT	1,40	0,96	0,006
DEP	1,69	1,31	0,003
ANX	1,42	1,36	0,25
HOS	1,43	0,92	0,02
PHOB	0,90	0,85	0,24
PAR	1,01	0,98	0,07
PSY	0,90	0,86	0,33
GSI	1,3	1,08	0,26

В результате прохождения групповой психотерапии снижаются показатели «соматизации» (1,44 и 0,95 балла в 1-м и 3-м срезах соответственно; $p < 0,05$), что может свидетельствовать о снижении дистресса, возникающего от осознания нарушений функций тела. Так, у больных дистимией после групповой психотерапии уменьшились жалобы на сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную и другие системы, меньше стали беспокоить головные боли, дискомфорт общей мускулатуры. Также после прохождения групповой психотерапии снижаются показатели по шкале «межличностная сензитивность» (1,40 и 0,96 балла в 1-м и 3-м срезах соответственно; $p < 0,05$). Из этих данных можно сделать вывод, что у больных дистимией уменьшилось ощущение личной неадекватности и неполноценности. Снизилось самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии, а также повысилась самооценка после прохождения групповой психотерапии. Также снизились показатели по шкале «депрессия» (1,31 балла; $p < 0,05$), которые в начале группового занятия были выше (1,69 балла). Из полученных результатов можно судить об уменьшении признаков угасания интереса к деятельности, недостаточности мотивации и потери жизненной энергии, чувства безнадежности и бесполезности. По сравнению с началом проведения групповых занятий (1,43 балла) снижаются показатели враждебности (0,92 балла; $p < 0,05$). Следовательно, после прохождения когнитивно-поведенческого тренинга в сочетании с поддерживающей терапией венлафаксином больные

дистимией стали менее враждебно относиться к своему диагнозу, медицинскому персоналу, процедуре лечения, что влияет на улучшение состояния здоровья пациента.

До начала комплексной терапии (табл. 6) структура копинг-стратегий у больных дистимией была смещена к полюсу дезадаптивности.

Таблица 6. Динамика копинг-поведения при дистимии в процессе групповой психотерапии (баллы)

Копинг-стратегии		1-й срез	3-й срез	<i>p-level</i>
Поведенческая сфера	А	2,42	3,27	0,007
	ОА	1,66	1,61	0,15
	НА	2,32	1,65	0,01
Когнитивная сфера	А	1,40	2,06	0,02
	ОА	2,34	1,76	0,04
	НА	2,97	2,89	0,06
Эмоциональная сфера	А	1,66	2,42	0,01
	ОА	1,66	1,59	0,05
	НА	1,65	1,57	0,77

В результате исследования установлено достоверное снижение использования неадаптивных копингов (2,32 и 1,65 балла соответственно; $p < 0,05$) в поведенческой сфере и укрепление адаптивных вариантов поведения (2,42 и 3,27 балла соответственно; $p < 0,05$) в результате групповой когнитивной терапии. Из результатов исследования видно, что в поведенческой сфере после прохождения групповой психотерапии не происходит изменений в относительно адаптивном копинге: больные дистимией могут временно отвлекаться от решения проблем либо с помощью алкоголя, лекарственных средств, либо погружаясь в любимое дело, занимаясь исполнением своих заветных желаний, путешествуя. Укрепление своего поведения в адаптивном копинге отражает такое поведение личности, при котором она вступает в сотрудничество со значимыми (более опытными) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сама предлагает ее близким в преодолении трудностей. После прохождения групповой психотерапии неадаптивный вариант поведения больные дистимией стали применять реже. Такие копинг-стратегии, как «активное избегание», «отступление», стали меньше встречаться в поведении больных. Можно сделать вывод, что поведение пациентов после прохождения групповой психотерапии в сочетании с поддерживающей терапией антидепрессантом венлафаксином стало более активным. Больные дистимией стали увереннее в себе, общительнее.

В когнитивной сфере установлено достоверное снижение относительно адаптивных вариантов копинга (2,34 и 1,76 балла соответственно; $p < 0,05$). Больные дистимией стали реже оценивать трудности в сравнении с другими трудностями, придавать особый смысл их преодолению, больше стали верить в себя и в свои силы при столкновении с проблемами. В адаптивной сфере копингов когнитивной сферы пациенты укрепили свои позиции (1,40 и 2,06 балла соответственно; $p < 0,05$). Они также используют формы копинга, направленные на анализ возникших

трудностей и возможных путей выхода из них, на повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, веру в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций.

В эмоциональной сфере достоверные различия обнаружены в адаптивном копинге. До прохождения группового занятия показатели были ниже (1,66 балла), чем после психотерапии (2,42 балла; $p < 0,05$). Больные дистимией стали более уверены в наличии выхода в любой, даже самой сложной ситуации, что, несомненно, положительно влияет на их выздоровление. Неадаптивные и относительно адаптивные копинги существенно не изменились.

Обсуждение

Обобщая результаты исследования, можно отметить, что полученные данные подтверждают эффективность групповой когнитивно-поведенческой психотерапии в сочетании с поддерживающей терапией венлафаксином и создают новые возможности для наиболее оптимального подхода к лечению таких пациентов.

При сравнении условно здоровых лиц и больных дистимией можно утверждать, что у больных дистимией ясно выражены угасание интереса к деятельности, недостаточность мотивации и потеря жизненной энергии, чувство безнадежности и бесполезности, сочетающиеся с тревогой, отражающей чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства и напряжения.

Распределение адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий характеризовалось тенденцией к более адаптивным копингам у условно здоровых лиц и неадаптивным у больных дистимией. Больные дистимическим расстройством, подвергаясь действию фрустрирующих факторов, заменяют решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные, чаще подавляют свои эмоции. Для эффективного проведения групповой психотерапии необходимо учитывать полученные данные о зависимости превалирующих механизмов психологической защиты от структуры личности пациентов.

В результате динамики протективных механизмов у больных дистимией в процессе терапии было установлено достоверное снижение использования неадаптивных копингов и улучшение использования адаптивных стратегий совладания в поведенческой сфере. Больные дистимией стали чаще вступать в сотрудничество со значимыми людьми, искать поддержки в ближайшем социальном окружении или сами предлагать ее близким в преодолении трудностей. В когнитивной сфере достоверно ниже стали показатели использования относительно адаптивных копингов по сравнению с началом групповых занятий. Более частое использование адаптивных стратегий совладания со стрессом приводит к анализу возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышению самооценки и самоконтроля, более глубокому осознанию собственной ценности как личности, наличию веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций. В эмоциональной сфере произошло улучшение применения пациентами адаптивных копинг-стратегий, что говорит о том, что больные дистимией при столкновении с проблемами чаще стали верить в себя, стали более общительными.

При целенаправленной работе с МПЗ осуществляется изменение нарушенных отношений личности, осознание и разрешение межличностных и внутриличностных конфликтов. Следовательно, после проведенной терапии больные дистими-

ей стали менее враждебно относиться к своему диагнозу, процедуре лечения, что влияет на улучшение комплаентности пациентов.

Результаты проведенного исследования позволили доказать эффективность комплексной терапии при дистимии, включающей сочетание поддерживающей терапии антидепрессантом венлафаксином и активной групповой когнитивной терапии. Это проявилось в клиническом улучшении состояния пациентов, а также в перестройке структуры защитных механизмов в сторону более частого использования зрелых МПЗ и адаптивных копинг-стратегий.

Литература

1. Keller M. B., Gelenberg A. J., Hirschfeld R. M., Rush A. J., Thase M. E., Kocsis J. H., Markowitz J. C., Fawcett J. A., Koran L. M., Klein D. N., Russell J. M., Kornstein S. G., McCullough J. P., Davis S. M., Harrison W. M. The treatment of chronic depression, part 2: a double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine // *J. Clin. Psychiatry*. 1998. Vol. 59. P. 598–607.
2. Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S., Nelson C. B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H. U., Kendler K. S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1994. Vol. 51. P. 8–19.
3. Henk H. J., Katzelnick D. J., Kobak K. A., Greist J. H., Jefferson J. W. Medical costs attributed to depression among patients with a history of high medical expenses in a health maintenance organization // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1996. Vol. 53. P. 899–904.
4. Weissman M. M., Leaf P. J., Bruce M. L., Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment // *Am. J. Psychiatry*. 1988. Vol. 145. P. 815–819.
5. Subodh B. N., Avasthi A., Chakrabarti S. Psychosocial impact of dysthymia: a study among married patients // *J. Affect. Disord.* 2008. Vol. 109, N 1–2. P. 199–204.
6. Serretti A., Jori M. C., Casadei G., Ravizza L., Smeraldi E., Akiskal H. Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression // *J. Affect. Disord.* 1999. Vol. 5, N 1. P. 17–25.
7. Keller M. B. Dysthymia in clinical practice: course, outcome and impact on the community // *Acta Psychiatr. Scand.* 1994. Vol. 89 (suppl. 383). P. 24–34.
8. Kriston L., von Wolff A., Holzel L. Effectiveness of psychotherapeutic, pharmacological, and combined treatments for chronic depression: a systematic review (METACHRON) // *BMC Psychiatry*. 2010. N 10. P. 95.
9. Harpin R., Liberman R., Marks I., Stern R., Bohannon W. E. Cognitive-behavior therapy for chronically depressed patients: a controlled pilot study // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1982. Vol. 170. P. 295–301.
10. Смуглевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.
11. Markowitz J. C., Kocsis J. H., Bleiberg K. L., Christos P. J., Sacks M. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymic patients // *J. Affect. Disord.* 2005. Vol. 89, N 1–3. P. 167–175.
12. Ravindran A. V., Anisman H., Merali Z., Charbonneau Y., Telner J., Bialik R. J., Wiens A., Ellis J., Griffiths J. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments // *Am. J. Psychiatry*. 1999. Vol. 156, N 10. P. 1608–1617.
13. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных в меняющемся мире // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. 1995. № 4. С. 175–182.
14. Hellerstein D. J., Little S. A., Samstag L. W., Batchelder S., Muran J. C., Fedak M., Kreditor D., Rosenthal R. N., Winston A. Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia: a randomized prospective pilot study // *J. Psychother. Pract. Res.* 2001. Vol. 10, N 2. P. 93–103.
15. Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб., 2003. 304 с.
16. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // *Московский психотерапевтический журнал*. 1996. № 3. С. 141–163.
17. Dunner D. L., Schmalting K. B., Hendrickson H., Becker J., Lehman A., Bea C. Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder // *Depression*. 1996. N 4. P. 34–41.
18. McCullough J. Psychotherapy for dysthymia: a naturalistic study of ten patients // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1991. Vol. 179. P. 734–740.

19. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised) // Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Н.В.Тарабриной. СПб.: Питер, 2001. С. 146–181.

Для цитирования: Антохин Е. Ю., Будза В. Г., Палаева Р. И., Ерзин А. И., Друзь В. Ф., Чалая Е. Б. Дистимия: особенности психопатологии и протективных структур и их динамика в терапии // Вестник СПбГУ. Медицина. 2017. Т. 12. Вып. 3. С. 251–265. DOI: 10.21638/11701/spbu11.2017.305

References

1. Keller M. B., Gelenberg A. J., Hirschfeld R. M., Rush A. J., Thase M. E., Kocsis J. H., Markowitz J. C., Fawcett J. A., Koran L. M., Klein D. N., Russell J. M., Kornstein S. G., McCullough J. P., Davis S. M., Harrison W. M. The treatment of chronic depression, part 2: a double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine. *J. Clin. Psychiatry*, 1998, vol. 59, pp. 598–607.
2. Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S., Nelson C. B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H. U., Kendler K. S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1994, vol. 51, pp. 8–19.
3. Henk H. J., Katzelnick D. J., Kobak K. A., Greist J. H., Jefferson J. W. Medical costs attributed to depression among patients with a history of high medical expenses in a health maintenance organization. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996, vol. 53, pp. 899–904.
4. Weissman M. M., Leaf P. J., Bruce M. L., Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *Am. J. Psychiatry*, 1988, vol. 145, pp. 815–819.
5. Subodh B. N., Avasthi A., Chakrabarti S. Psychosocial impact of dysthymia: a study among married patients. *J. Affect. Disord.*, 2008, vol. 109, no. 1–2, pp. 199–204.
6. Serretti A., Jori M. C., Casadei G., Ravizza L., Smeraldi E., Akiskal H. Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. *J. Affect. Disord.*, 1999, vol. 5, no. 1, pp. 17–25.
7. Keller M. B. Dysthymia in clinical practice: course, outcome and impact on the community. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994, vol. 89 (suppl. 383), pp. 24–34.
8. Kriston L., von Wolff A., Holzel L. Effectiveness of psychotherapeutic, pharmacological, and combined treatments for chronic depression: a systematic review (METACHRON). *BMC Psychiatry*, 2010, no. 10, p. 95.
9. Harpin R., Liberman R., Marks I., Stern R., Bohannon W. E. Cognitive-behavior therapy for chronically depressed patients: a controlled pilot study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1982, vol. 170, pp. 295–301.
10. Smulevich A. B. *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh* [Depression at somatic and psychiatric diseases]. Moscow, Medical Information Agency Publ., 2003, 432 p. (In Russian)
11. Markowitz J. C., Kocsis J. H., Bleiberg K. L., Christos P. J., Sacks M. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymic patients. *J. Affect. Disord.*, 2005, vol. 89, no. 1–3, pp. 167–175.
12. Ravindran A. V., Anisman H., Merali Z., Charbonneau Y., Telner J., Bialik R. J., Wiens A., Ellis J., Griffiths J. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am. J. Psychiatry*, 1999, vol. 156, no. 10, pp. 1608–1617.
13. Kabanov M. M. Reabilitatsiia psikhicheskii bol'nykh v meniaiushchemsia mire [The rehabilitation of the mentally ill in a changing world]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [V. M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology], 1995, no. 4, pp. 175–182. (In Russian)
14. Hellerstein D. J., Little S. A., Samstag L. W., Batchelder S., Muran J. C., Fedak M., Kreditor D., Rosenthal R. N., Winston A. Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia: a randomized prospective pilot study. *J. Psychother. Pract. Res.*, 2001, vol. 10, no. 2, pp. 93–103.
15. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford Press, 1979, 425 p. (Russ. ed.: Bek A., Rash A., Sho B., Emeri G. *Kognitivnaia terapiia depressii*. St. Petersburg, 2003. 304 p.).
16. Kholmogorova A. B., Garanian N. G. Mnogofaktornaia model' depressivnykh, trevozhnykh i somatoformnykh rasstroistv kak osnova ikh integrativnoi psikhoterapii [Multifactor model of depressive, anxiety and somatoform disorders as a basis of integrative psychotherapy]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal*, 1996, no. 3, pp. 141–163. (In Russian)
17. Dunner D. L., Schmaling K. B., Hendrickson H., Becker J., Lehman A., Bea C. Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dysthymic disorder. *Depression*, 1996, no. 4, pp. 34–41.
18. McCullough J. Psychotherapy for dysthymia: a naturalistic study of ten patients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1991, vol. 179, pp. 734–740.

19. Oprosnik vyrazhennosti psikhopatologicheskoi simptomatiki (Symptom Check List-90-Revised) [Questionnaire symptom levels (Symptom Check List-90-Revised)] *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Workshop on Post-Traumatic Stress Psychology]. Ed. by N. V. Tarabrina. St. Petersburg, Piter Publ., 2001, pp. 146–181. (In Russian)

For citation: Antokhin E. Iu., Budza V. G., Palaeva R. I., Erzin A. I., Druz V. F., Chalaya E. B. Dysthymia: features psychopathology and protective structures and their dynamics in therapy. *Vestnik SPbSU. Medicine*, 2017, vol. 12, issue 3, pp. 251–265. DOI: 10.21638/11701/spbu11.2017.305

Статья поступила в редакцию 17 марта 2017 г.

Статья принята в печать 20 мая 2017 г.

Контактная информация:

Антохин Евгений Юрьевич — кандидат медицинских наук, доцент; antioh73@yandex.ru
Будза Владимир Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор; antioh73@yandex.ru
Палаева Розалия Ильдаровна — ассистент; rozaliana8@mail.ru
Ерзин Александр Игоревич — ассистент; dr-wagner@mail.ru
Друзь Владимир Федорович — кандидат медицинских наук, доцент; vfdruz@rambler.ru
Чалая Елена Борисовна — кандидат медицинских наук, доцент; 261007@bk.ru

Antokhin Evgeny Iu. — PhD, Associate Professor; antioh73@yandex.ru
Budza Vladimir G. — MD, Professor; antioh73@yandex.ru
Palaeva Rozaliya I. — assistant; rozaliana8@mail.ru
Erzin Alexander I. — assistant; dr-wagner@mail.ru
Druz Vladimir F. — PhD, Associate Professor; vfdruz@rambler.ru
Chalaya Elena B. — PhD, Associate Professor; 261007@bk.ru